

# Medykalizacja: patogeneza i objawy

Marcin Moskalewicz



Nowoczesna medycyna to instytucja społecznej kontroli, której celem jest likwidowanie cierpienia, ale funkcją – kontrola nad populacją oraz promowanie konformizmu.

W 1934 roku w Nowym Jorku przeprowadzono następujący, klasyczny już eksperyment<sup>1</sup>. Spośród 1000 jedenastoletnich dzieci uczęszczających do nowojorskich szkół publicznych 610 usunięto ze względów zdrowotnych migdałki. Pozostałą grupę „zdrowych” 390 uczniów poddano ponownemu badaniu przez inną grupę lekarzy, nieświadomą poprzedniej operacji. Zdecydowali oni, że 45% dzieci powinno mieć usunięte migdałki. W rezultacie pozostało 215 dzieci z rzekomo zdrowymi migdałkami, które ponownie przedstawiono do oceny kolejnej grupie medyków. I tym razem jednak 46% procent z nich zostało skierowanych na operację tonsillektomii. Kolejnemu, analogicznemu badaniu poddano 116 dzieci i sytuacja się powtórzyła. Z pierwotnej grupy 1000

dzieci pozostało zaledwie 65. Na tym etapie eksperyment zakończono – z powodu braku dostępnych laryngologów.

Dwadzieścia lat później, także w Stanach Zjednoczonych, w St. Elisabeth Hospital w Waszyngtonie Erwing Goffman przeprowadził badania dotyczące między innymi stosowanego przez lekarzy i personel szpitala psychiatrycznego języka. Okazało się, że wieloosobowe sypialnie, w których przebywali pacjenci, to w istocie oddziały; karne zesłanie do izolatki to przeniesienie; zmiany samopoczucia pacjentów na lepsze to spontaniczne remisje, zmiany samopoczucia na gorsze to nawroty choroby; wieczorne uciszanie gwaru to farmakoterapia, a wykonywana przez pensjonariuszy praca to terapia zajęciowa. Najbardziej skrajne przykłady to usunięcie macicy będące leczeniem rozwiązłości seksualnej oraz usunięcie zębów określane mianem leczenia gryzienia<sup>2</sup>.

Mniej więcej w tym samym czasie ukazała się pierwsza klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. W jej pierwszym wydaniu z 1952 roku wyróżniono 106 kategorii chorób psychicznych. W wydaniu drugim, opublikowanym w roku 1968, pojawiły się dodatkowe kategorie chorób – było ich teraz 180. Wydanie trzecie ukazało się 12 lat później, w 1980 roku, i stanowiło odpowiedź na kryzys psychiatrii w latach 70. Miało być kompatybilne z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych, wydawaną od 1948 roku przez WHO, liczyło blisko 500 stron oraz opisywało 265

<sup>1</sup> American Child Health Association, **Physical Defects: The Pathway to Correction**, New York 1934, s. 80–96. Cyt. za: Illich I., **Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health**. London, New York 2010, s. 93.

<sup>2</sup> Goffman E., **Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych**, przekł. Waśkiewicz O., Łaszcz J., Sopot 2011, s. 356–357.

kategorii chorób. Poprawiona wersja tego wydania z 1987 roku liczyła już 292 kategorie. Czwarte wydanie DSM z 1994 roku na 886 stronach opisywało szczegółowo 350 kategorii zaburzeń psychicznych. Tak wówczas, jak i dzisiaj stawiane diagnozy były objawowe i nie wynikały z molekularnych stanów mózgu, które w zgodzie z biomedycznym paradygmatem psychiatrii miały być odpowiedzialne za patogenезę poszczególnych zaburzeń<sup>3</sup>. Kolejne, piąte już wydanie „Biblii” amerykańskich psychiatrów ukazać się ma w 2013 roku, lecz już od co najmniej dekady wzbudza nie tylko liczne nadzieje, lecz także kontrowersje<sup>4</sup>.

Trzy przytoczone przykłady egzemplifikują trzy aspekty medykacji – zjawiska polegające na postępującym definiowaniu zjawisk pierwotnie (choć niekoniecznie istotowo) niemedyceńskich jako zjawisk medycznych, a więc na opisywaniu ich za pomocą języka medycznego, włączaniu w obszar kompetencji i władzy lekarzy oraz radzeniu sobie z nimi za pośrednictwem środków uznawanych za medyczne<sup>5</sup>. Eksperyment „migdałkowy” jest świetną ilustracją presumpcji choroby – diagnostycznego uprzedzenia wobec pacjenta, które stanowi, zdaniem Ivana Illicha, jedną z cech charakterystycznych nowoczesnej medycyny. Przykład drugi dotyczy ekspansji języka medycznego poza obszar stricte chorobowy

– na całą egzystencję chorego<sup>6</sup>. Przykład trzeci pokazuje możliwość mnożenia się kategorii chorobowych oraz ich swobodnego łączenia. Poza czysto ilościowym wzrostem kategorii bowiem następuje – nie tylko zresztą w psychiatrii – zwiększanie się zakresu objawów charakterystycznych dla danej „choroby”, a więc de facto liczby osób diagnozowanych jako „chore”. Co jednak najważniejsze, medykacja oznacza poszerzanie się zakresu władzy instytucji medycznych, lekarzy oraz personelu pomocniczego, których działania podejmowane są na coraz większą skalę, już nie jednostek, lecz grup, oraz zyskują dodatkowe uzasadnienie prawne. W ujęciu krytyków tego procesu nowoczesna medycyna to instytucja społecznej kontroli, której celem jest wprawdzie likwidowanie cierpienia, ale funkcją – kontrola nad populacją oraz promowanie konformizmu wobec aktualnie obowiązujących wartości, które są przez nią naturalizowane i odpolityczniane<sup>7</sup>.

<sup>3</sup> Rose N., *The Politics of Life Itself. Biopolitics, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton, Oxford 2007, s. 198–199.

<sup>4</sup> Zob. DSM-5: *The Future of Psychiatric Diagnosis*, American Psychiatric Association, www.dsm5.org (20.12.2012)

<sup>5</sup> W ujęciu potocznym medykacja oznacza przede wszystkim zwiększenie dostępności i wzrost spożycia leków i paramedykamentów, choć ściśle rzecz biorąc, powinniśmy w tym wypadku mówić o farmakologizacji, stanowiącej zaledwie jeden z jej przejawów.

<sup>6</sup> Goffmann był jednym z pierwszych badaczy, którzy odnieśli się krytycznie do praktycznych, namacalnych konsekwencji użycia języka, mogącego stać się realnym narzędziem kontroli i wpływu zdolnym kreować nową rzeczywistość. Autor zauważył, że przy opisywaniu historii życia pacjentów obszary ich niepatologicznego funkcjonowania są pomijane, a normalne zachowania postrzega się i interpretuje jako maski skrywające rzeczywistą chorobę. Stosowanie nazewnictwa medycznego – kategorii obserwacji, diagnozy i leczenia – jest rodzajem racjonalizacji podejmowanych działań jako działań medycznych właśnie. Problemy ogólnospołeczne, a także rasowe czy klasowe są autonomizowane i redefiniowane jako problemy konkretnego pacjenta: „Terminy stają się magicznym sposobem uczynienia z natury pacjenta pojedynczej całości: bytu podlegającego usługom medycznym”. Goffman E., *Instytucje totalne*, op. cit., s. 349.

<sup>7</sup> Lock M., *Medicalization and the Naturalization of Social Control*, [w:] Ember C.R., Ember M. (red.), *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, t. 1, New York 2004, s. 116–125.

## Wymiary medykalizacji

Podane przykłady nie wyczerpują, rzecz jasna, bogactwa znaczeniowego terminu. Historycznie rzecz biorąc, analiza zjawiska medykalizacji wywodzi się, z jednej strony, z socjologii Talcotta Parsonsa i jego funkcjonalnej koncepcji choroby oraz z badań nad społeczną rolą chorego uwalniającą od odpowiedzialności i obowiązków<sup>8</sup>. Wątek ten podejmowali liczni socjologowie i antropologowie medycyny, zwracając przy tym szczególną uwagę na konsekwencje użycia języka. Z punktu widzenia tak zwanej social labelling theory medyczne etykietowanie jest co najmniej niezdeterminowane przez biologicznie rozumianą patologię i może wtórnie wpływać nie tylko na relacje społeczne, ale także na samą chorobę<sup>9</sup>. Z drugiej strony, w wymiarze bardziej krytycznym, analiza medykalizacji wypływa ze środowisk lewicowo-liberalnych, szczególnie aktywnych w latach 60. i 70. ubiegłego wieku – socjologów, historyków, filozofów i rozmaitych krytyków kultury zanurzonych w szeroko rozumianej humanistyce, a także, choć nieczęsto, samych lekarzy – nastawionych negatywnie do systemu kapitalistycznego oraz symbolicznych, a w szczególności rasowych, klasowych i genderowych, wymiarów społecznej opresji. Dopiero później, w latach 90., zaczęto wskazywać na pozytywne strony procesu medykalizacji, a mianowicie na fakt, że związane z nią formy kontroli są często znacznie mniej opresyjne niż tradycyjne oraz że medycyna podnosi jakość jednostkowego i zbiorowego życia.

Dla większej przejrzystości wyróżnijmy dwie chronologiczne fale procesu medykalizacji. Współcześnie najczęściej komentowane są zjawiska pochodzące z okresu drugiej fali, a więc drugiej połowy XX wieku, opisywane szeroko w literaturze przedmiotu przez takich badaczy, jak Irving Zola, Peter Conrad, Peter Kramer czy Allan Horwitz, a dotyczące problemów życia codziennego oraz zwykłego, „normalnego” i bezproblemowego życia będącego przedmiotem zainteresowania medycyny wzmacniającej. Jest tak dlatego, że zjawiska pochodzące z pierwszej fali bądź to nas dzisiaj nie zaskakują, bądź po prostu bawią. Do pierwszej fali bowiem można zaliczyć, z jednej strony, wydarzenia naturalne, takie jak narodziny, starzenie się i śmierć, z drugiej zaś – zachowania dewiacyjne w rodzaju onanizmu<sup>10</sup>.

W wypadku medykalizacji zjawisk naturalnych, posiadającej szczególnie wymiar instytucjonalny, skłonni jesteśmy dostrzegać ich pozytywne konsekwencje, widoczne w statystykach dotyczących śmiertelności noworodków czy możliwości przedłużania życia. Nie zawsze są one jednoznaczne, co widać wyraźnie w wypadku fizjologii reprodukcji – kontroli płodności oraz menopauzy i andropauzy. Za zaburzenie normalnego funkcjonowania, w zależności od perspektywy i dostępnych narzędzi (zapłodnienie *in vitro*, pigułka), można bowiem uważać zarówno bezpłodność, jak i płodność. Chronologiczne granice pomiędzy tak zdefiniowanymi falami są, rzecz jasna, płynne. Medykalizacja wieku średniego u kobiet rozpoczęła się już w XIX wieku, ale nabrała rozpędu wraz z odkryciem układu endokrynnego. To dzięki niemu menopauza mogła być pojmowana jako

<sup>8</sup> Parson T., *The Social System*, Glencoe 1951.

<sup>9</sup> Waxler N.E., *The Social Labeling Perspective on Illness and Medical Practice*, [w:] Eisenberg L., Kleinman A. (red.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, **Dodrecht**, Boston, London 1980, s. 283–306.

<sup>10</sup> Rozróżnienie czterech typów zjawisk podlegających medykalizacji pochodzi od Josepha Davisa, por. Davis J.E., *Medicalization, Social Control, and the Relief of Suffering*, [w:] Cockerham W.C. (red.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, Chichester 2010, s. 211–241.

choroba wynikająca z niedoboru estrogenów, a zdrowie kobiet monitorowane pod kątem zwiększonego ryzyka zachorowania na choroby serca, osteoporozę i Alzheimera<sup>11</sup>.

Jeśli chodzi o zjawiska dewiacyjne, do których należy zaliczyć społecznie nieakceptowane zachowania seksualne, a także między innymi uzależnienia od alkoholu czy opiatów, to głównym tłem ich medykalizacji była postępująca sekularyzacja i oddawanie pola przez władzę sakralną nowym instytucjom nowoczesnego państwa. Proces ten oddaje dobrze wyrażenie Conrada „od zła do choroby”<sup>12</sup>. Niektórzy badacze wyróżniają także pośredni etap w postaci działań penalizacyjnych. Konceptualne przejście dokonuje się wówczas w triadzie: grzech – zbrodnia – choroba, w której dwie ostatnie są jeszcze – co widać na przykładzie instytucji odosobnienia, będących, zdaniem Goffmana, szczególnym przypadkiem instytucji totalnych – ściśle ze sobą związane.

Także na drugą fałę medykalizacji składają się dwa typy zjawisk. Są to, po pierwsze, nieprzyjemne doświadczenia życiowe w rodzaju lęków, traumy czy niskiego poziomu nastroju. Klasyczne przykłady, na których bliższą analizę brakuje tutaj miejsca, to między innymi zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), zespół stresu pourazowego (PTSD), zespół lęku uogólnionego (GAD) czy fobia społeczna (SAD), które po-

jawiały się w drugiej połowie XX wieku. Wiąże się z nimi także wzrost produkcji i stosowania leków. Podręcznikowym przykładem jest zastosowanie Paxilu (nazwa handlowa paroksetyny), należącego do grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny, produkowanego przez firmę GlaxoSmithKline. Od 1996 roku stosowano go w Stanach Zjednoczonych do leczenia zaburzeń depresyjnych, a później także zaburzeń lękowych, takich jak GAD i SAD. Zdaniem krytyków farmakologizacji, preparat ten przyczynił się do medykalizacji niechcianych emocji i eskalacji ich diagnozowania, a także pojawienia się licznych i dotkliwych skutków ubocznych. Niewielka zmiana kryteriów diagnostycznych między DSM III a DSM IV, dostępność nowej generacji leków oraz reklamy nie tyle leków, ile samych chorób, doprowadzić miały do bezprecedensowego wzrostu „zachorowalności” na te „choroby”<sup>13</sup>.

Ponadto do drugiej fali przynależy życie normalne, a nie patologiczne, życie po prostu. Z tego względu można wyróżnić obszar medycyny określanej mianem usprawniającej czy wzmacniającej, polegającej na ulepszeniu tego, co zdrowe, co ma miejsce przede wszystkim w chirurgii kosmetycznej oraz w tych przejawach farmakoterapii, w których chodzi o poprawienie „naturalnych” wyników. Medycyna zaczyna tym samym wspomagać ludzi zdrowych na ich drodze ku jeszcze lepszemu zdrowiu. Medykalizacja nie wychodzi w tym wypadku od problemu – grzechu przekształconego w chorobę czy uprzykrzających życie problemów dnia codziennego – lecz od zdrowego człowieka, który może stać się jeszcze zdrowszy. Jej celem nie jest

<sup>11</sup> W przypadku menopauzy punktem odniesienia (normą) stały się kobiety w wieku płodnym oraz populacje naczelników, w których przekwitanie nie występuje tak wyraźnie. Pomijano jednocześnie argumenty ewolucyjne i społeczne (w rodzaju niezbędności opieki starszych, bezpłodnych kobiet dla przetrwania młodego pokolenia). Por. Lock M., op. cit. s. 122–123.

<sup>12</sup> Conrad P., Schneider J.W., **Deviance and Medicalization, From Badness to Sickness**, Philadelphia 1992.

<sup>13</sup> Conrad P., **The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders**, Baltimore 2007, s. 10–13.



leczenie, lecz wzrost wydajności<sup>14</sup>. Przykłady to niskorosłość leczona za pomocą syntetycznego hormonu wzrostu, święcąca finansowe i techniczne triumfy chirurgia kosmetyczna czy możliwość wyboru płci dziecka w zapłodnieniu in vitro. Jak podkreśla Joseph Davis, główną kulturową przesłanką medycyny wzmacniającej jest konsumpcyjna kultura indywidualizmu i rywalizacji, dla której kontrola nad samym sobą i otoczeniem oraz sukces zawodowy stanowią wartość szczególną, kreująca nadzieję na wyzwolenie z ograniczeń kondycji ludzkiej<sup>15</sup>.

## Radykalna krytyka jatrogenyzy: Ivan Illich

Spróbujmy omówić krótko najważniejsze dzieła dwóch autorów, należących – obok Michela Foucaulta, którego wpływową koncepcję biowładzy pomijam z tego tylko względu, że jest najbardziej znana<sup>16</sup> – do grona klasycznych krytyków procesu medykacji, krytyków, dodajmy, wyjątkowo radykalnych i bezkompromisowych. Mam na myśli Ivana Illicha – katolickiego księdza austriackiego pochodzenia i lewicowo-anarchistycznego krytyka kultury – którego książka *Medical Nemesis, The Expropriation of Health* (1975) radykalniej niż jakakolwiek inna postawiła problem jatrogenyzy, czyli wpływu nowoczesnej kultury medycznej na występowanie chorób, oraz Thomasa Szasza – amerykańskiego psychiatrę o węgierskich korzeniach – którego *The Myth of Mental Illness* (1961) stanowi z kolei jedną z najbardziej filozoficznie samoświadomych krytyk

nowoczesnej psychiatrii, a w szczególności samej idei choroby psychicznej<sup>17</sup>.

Z pewnością krytyczna wartość myśli Illicha, także ze względu na jej nośne metafory, jest większa niż jej bezpośrednia, empiryczna wartość poznawcza. Pisząc w duchu lewicowych krytyków nowoczesności i jej paradygmatu racjonalizacji świata przyrodniczego, autor ten wprowadza jednak kilka ważnych koncepcji teoretycznych oscylujących wokół idei nowoczesnej, jakościowo bezprecedensowej jatrogenyzy. Wyróżnia przy tym jej trzy kategorie: jatrogenezę kliniczną, społeczną i kulturową.

Podobnie jak czynili to wcześniej społeczni historycy medycyny (m.in. Thomas McKeown), autor *Medical Nemesis* przekonuje, że końca epoki chorób zakaźnych na Zachodzie nie należy wiązać z praktycznym zastosowaniem teorii drobnoustrojów chorobotwórczych oraz „wynalezieniem” i produkcją antybiotyków, lecz z ogólnymi zmianami warunków życia. Natomiast działania lekarzy i personelu medycznego same mają się przyczyniać do rozprzestrzeniania chorób, przede wszystkim za pośrednictwem niezamierzonych efektów ubocznych farmakoterapii, znanych od dawna, ale przybierających na sile po II wojnie światowej. Farmakologiczna „inwazja” bowiem niszczy wykształcone przez setki lat tradycyjne sposoby radzenia sobie z problemami zdrowotnymi, a więc zasadniczo dzisiejszą medycynę alternatywną, będącą zdetronizowaną ortodoksją świata medycznego sprzed rewolucji naukowej.

Jatrogenyza społeczna jest wynikiem konsumpcyjnego podejścia do problemów zdrowotnych

<sup>14</sup> Kramer P.D., *Listening to Prozac*, New York 1993.

<sup>15</sup> Davis J.E., op. cit., s. 230.

<sup>16</sup> Por. Moskalewicz M., **Medycyna nie istnieje. Historia medycyny w ujęciu Michela Foucaulta**, [w:] Supada J. (red.), *Szkice z dziejów medycyny*, Łódź 2010, s. 387–398.

<sup>17</sup> Illich I., op. cit.; Szasz T., *The Myth of Mental Illness*, New York 1972.

i polega na sprowadzaniu wartości medycznych – będących, według Illicha, wartościami moralnymi – do poziomu ekonomii i logiki wymiany towarów. Wiąże się z tym wzrost znaczenia medycyny prewencyjnej i medycznego zarządzania ryzykiem oraz wspomniana wyżej presumpcja choroby. Diagnostyczny imperializm, jak określa go Illich, wykracza zresztą poza obszar instytucji medycznych i obejmuje sobą wszystkie obszary życia codziennego, przynosząc namacalne skutki prawne i społeczne. W konsekwencji nie trzeba być chorym, aby stać się przedmiotem zainteresowania medycyny. Najlepszym tego przykładem jest medykalizacja umierania, a nieefektywny, nawet jeśli technologicznie efektowny, „taniec śmierci” wokół pacjentów terminalnych w szpitalach zachodniego świata jest dla autora najlepszym dowodem na to, że sama kondycja ludzka stała się dzisiaj chorobą.

Wymiar symboliczny jatrogeny społecznej polega z kolei na quasi-religijnych i magicznych funkcjach spełnianych przez personel medyczny. Są one przez Illicha interpretowane raczej jako źródła efektu nocebo niż efektu placebo. Sakralizacja medycyny naukowej i jej środków przyczynia się, jego zdaniem, do zanegowania efektywności terapeutycznej czynników naturalnych, środowiskowych oraz rodzinnych, jak również do „moralnej degradacji” człowieka, oddającego siebie, niczym zepsutą maszynę, w ręce bezosobowego systemu profesjonalistów występujących w funkcji kapłanów.

Pod pojęciem jatrogeny kulturowej kryją się najszerzej rozumiane efekty uboczne produkcji zdrowia, polegające na zniszczeniu ludzkiej gotowości na cierpienie i niedoskonałość. W wymiarze fizjologicznym jatrogena kulturowa oznacza zmniejszanie się tolerancji

i możliwości radzenia sobie z bólem fizycznym, który nowoczesna medycyna sprowadza do fizykalnego „czucia” i pozbawia elementu „doświadczenia” oraz związanego z nim w tradycyjnych kulturach „sensu”. W ujęciu Illicha kultura, która nie przyznaje się do bólu i tworzy iluzję świata bez niego, nie pozbywa się samego bólu, ale zdolności radzenia sobie z nim. Dlatego historia anestezjologii, która dla znakomitej większości historyków medycyny stanowi niezaprzeczalny dowód postępu nauki i praktyki terapeutycznej, nie ma dla niego sensu pozytywnego, lecz negatywny.

### Radykalna krytyka psychiatrii: Thomas S. Szasz

Thomasa Szasza interesowała początkowo przede wszystkim historia stanowiąca przedmiot szczególnego zainteresowania psychoanalizy. Jednym z głównych impulsów, który skłonił go do napisania *The Myth of Mental Illness* – a także całej masy pokrewnych artykułów – był sprzeciw wobec przymusowej hospitalizacji osób uznawanych za chore psychicznie. Autor przyczynił się tym samym do wzmocnienia w latach 70. ubiegłego wieku ruchu tak zwanej antypsychiatrii, od którego sam się zdecydowanie odcinał. Pomimo daleko idącego rozwiązania problemu ośrodków zamkniętych pewne podstawowe filozoficzne intuicje amerykańskiego psychiatry nie zdezaktualizowały się jednak.

Zdaniem Szasza, cały problem „choroby psychicznej” – jej istnienia bądź nieistnienia – to w istocie problem języka i jego nieuprawnionego użycia. Choroba psychiczna jest metaforą, która w dzisiejszym społeczeństwie terapeutycznym odgrywa rolę analogiczną do metafory religijnej w społeczeństwach teologicznych – jest mianowicie narzędziem władzy. Poza stricte naukowymi racjami

diagnostycznymi, Szasz zwraca w związku z tym uwagę na racje pozanaukowe stojące za wzrostem znaczenia psychiatrii. Są to racje czysto zawodowe – związane z prestiżem społecznym, racje prawne – sankcjonujące przymusowe leczenie bądź zwalnianie od odpowiedzialności karnej oraz racje polityczno-ekonomiczne – związane ze wzrostem nakładów na służbę zdrowia.

Zauważmy, że Szasz w żadnym razie nie jest postmodernistą, lecz pozytywistą i materialistą z krwi i kości. W zgodzie z XIX-wiecznym paradygmatem anatomii patologicznej, obowiązującym od czasu ukazania się *Patologii komórkowej* Rudolfa Virchowa w 1858 roku, warunkiem istnienia choroby w mocnym ontologicznym sensie jest organiczne uszkodzenie komórek, tkanek bądź organów<sup>18</sup>. Uszkodzenie organizmu – analogicznie do parytetu złota w ekonomii – określa tym samym stabilny punkt odniesienia, relatywnie przynajmniej odcinając diagnozę od sądu moralnego i międzyludzkich interesów. W paradygmacie uszkodzenia udawanie czy odgrywanie choroby nie jest chorobą, lecz co najwyżej kłamstwem. Tymczasem w nowym paradygmacie psychiatrii, który zapoczątkowują Jean-Martin Charcot i Zygmunt Freud, „udawanie” choroby samo może stać się chorobą. Następuje tutaj pomieszanie dwóch porządków reprezentacji.

Zdaniem Szasza, pojęcie zaburzenia psychicznego odnosi się tak naprawdę do sądów wartościujących, które jedni ludzie wygłaszają na temat innych bądź siebie samych. Najlepszym tego dowodem jest zwiększanie się liczby zaburzeń oraz osób chorych wraz

z rzekomym postępem medycyny. W ujęciu Szasza psychiatria znajduje się w metarelacji do neurologii i innych specjalności, jako że nie dotyczy części ciała i jego funkcjonowania, ale relacji związków znaków z tym, co przez nie reprezentowane. Stosunek ciała i umysłu nie jest dla niego relacją dwóch rodzajów zjawisk, lecz dwóch odmiennych sposobów przedstawiania. Myśli i nastroje nie są przedmiotami materialnymi, które można oglądać – można co najwyżej dostrześć i analizować ich materialne korelaty. Jeśli na przykład bolące ramię uznamy za zjawisko wyłącznie organiczne, ponieważ związane jest ono z ciałem, to wówczas wszystko to, co dotyczy ciała, musimy uznać za organiczne, włączając w to lekturę niniejszego tekstu. Psychiatryczna presumpcja choroby polega między innymi na tym, że każdy, kto ujawnia dolegliwości werbalnie (które można rozumieć jako symptomy organiczne), uznany zostaje za chorego. Tymczasem pojęcie symptomów oznacza w istocie trzy różne typy zjawisk: dolegliwości wyrażane werbalnie, zjawiska dostrzegane przez samego lekarza (w rodzaju drgawek albo gorączki) oraz zobiektywizowane choroby. Dla zdiagnozowania tych ostatnich konieczne jest wnioskowanie oparte na powtarzalności obserwowanych zjawisk oraz zobiektywizowane uszkodzenie. Dlatego, zdaniem Szasza, odkrycie, że dany pacjent, u którego rozpoznano chorobę psychiczną, cierpi w istocie z powodu uszkodzenia mózgu – jak to miało miejsce na przykład na skutek syfilisu albo guza mózgu – nie jest dowodem na istnienie choroby psychicznej, lecz na istnienie choroby mózgu. Redukcjonistyczny argument „z mózgu” jest autodestrukcyjny w tym sensie, że jeśli wszystkie „zaburzenia psychiczne” okazałyby się chorobami mózgu, to pojęcie choroby psychicznej straciłoby sens.

<sup>18</sup> We współczesnej, naturalistycznie zorientowanej psychiatrii uważa się, że może ona przyjmować także formę zaburzenia równowagi biochemicznej mózgu.



Z rozważań Szasza wynika, że należy – używając konceptualnego podziału stosowanego szeroko w antropologii medycznej – wyraźnie odróżnić chorobę jako *disease* od choroby jako *illness* i jako *sickness*<sup>19</sup>. Choroba psychiczna jest mitem w tym sensie, że stanowi szczególnego rodzaju hybrydę *illness* (indywiduwalnego cierpienia) i *sickness* (odstępstwa od normy społecznej), różną całkowicie od zobiektywizowanej *disease*. Problem z nowoczesną psychiatrią polega natomiast na tym, że psychiatrom udało się przekonać nie tylko społeczność naukową, ale także media, sądy i całe społeczeństwo, iż stosowane przez nich metafory odnoszą się do bytów realnych. Tymczasem psychiatria jest dziedziną prawa spełniającą funkcję świeckiej religii. Analogicznie do prawodawcy, który nie odkrywa przestępczych zachowań, lecz ustanawia granicę pomiędzy tym, co zgodne, a tym co niezgodne z prawem, psychiatra nie odkrywa chorób psychicznych, lecz ustanawia granicę pomiędzy tym, co normalne i akceptowalne w danej społeczności, a tym, co patologiczne i uznawane za wymagające leczenia.

## Zaczarowywanie świata

Krytyka Szasza opiera się na odróżnianiu stwierdzeń o faktach od twierdzeń dotyczących wartości oraz na rozgraniczaniu dwóch porządków reprezentacji. Ich pomieszanie, które służyć ma rozmaitym interesom, stanowi, jego zdaniem, zasadnicze jądro problemu medykalizacji. Ta ostatnia polega na zagarnianiu coraz to nowych obszarów przez nauki ściśle pod przewodnictwem zorientowanej praktycznie medycyny, na technologicznej i „naturalizacji” życia codziennego. Przy bliższym wglądzie okazuje się, że tego

rodzaju naturalizacja nie jest kolejnym aspektem nowoczesnego odczarowywania świata, a więc pozbywania się symbolicznego i metafizycznego bagażu praktycznych czynności obecnych w kulturze Zachodu. W odniesieniu do zaburzeń psychicznych polega ona, wręcz przeciwnie, na takim zaczarowaniu i mitologizowaniu przypadłości ciała, że to, co symboliczne (mentalne), zostaje ujęte jako coś naturalnego i niezależnego od ludzkich intencji. Zaczarowywanie kultury symbolicznej oznacza nieuznanie jej autonomii – nieuprawnione, bo oparte na ukrytych przesłankach wartościujących – i sprowadzanie całokształtu zjawisk społeczno-kulturowych do zjawisk naturalnych. Tego rodzaju wyjaśnianie służy następnie celom normatywnym, uzasadnia bowiem konieczność interwencji i zmiany. Krańcowym niejako, metaforycznie rzecz ujmując, przypadkiem takiego zaczarowywania jest obecne dość często we współczesnej neuropsychologii czy znaturalizowanej kognitywistyce przekonanie, że – mówiąc słowami XIX-wiecznego duńskiego fizjologa Jakoba Moleschotta – „mózg wydziela myśli w ten sam sposób, w jaki nerki wydzielają moczkę”<sup>20</sup>. Najlepszym praktycznym „dowodem”, że tak się właśnie dzieje, jest „paradygmat chirurgiczny”, sprowadzający się, w skrajnej postaci, do realizacji nakazu „wyciąć!”, którego niechlubne przypadki historyczne są dość powszechnie znane. Mam tutaj na myśli praktyki eugeniczne, szczególnie popularne w Stanach Zjednoczonych, Niemczech i Skandynawii, oraz praktyki leukotomii czy lobotomii, głęboko zanurzone w industrialnym kulcie produktywności i efektywności. W wypadku tych ostatnich „przyczyną” zaburzeń, których objawem było nadmierne i uprzykrzające życie myślenie, okazywały się same płyty czołowe.

<sup>19</sup> Aho J., Aho K., **Body Matters: A Phenomenology of Sickness, Disease and Illness**, Plymouth 2009.

<sup>20</sup> Szasz T., op. cit., s. 293.



Z tej perspektywy pojęcie zdrowia okazuje się tylko pretekstem do ujmowania wszystkich zjawisk kulturowych, kryją się bowiem za nim wszelkie wartości związane z tym, co pożądanym przez określone zbiorowości, wszelkiego rodzaju cele. Zdrowie jest w tym ujęciu nadrzędną przesłanką regulatywną działań, jednym z czołowych pojęć celu (Zielbegriff) – by użyć specyficznego określenia szkoły historii pojęć z Bielefeld – charakteryzujących kulturę nowoczesną. Zdaniem Szasza – pozytywisty i materialisty – przenosimy się tym samym na płaszczyznę polityki i moralności, a nie nauki. Medycyna, zarówno wiedza, jak i praktyka, „naturalizuje” swoje ukryte przesłanki normatywne i kulturowe – a więc określone wartości związane z kontrolą nad sobą, normami osobowościowymi, granicami odpowiedzialności, piękna, poziomu tolerancji na to, co nieprzyjemne – pozbawiając w ten sposób inne (społeczne i indywidualne) źródła

wartości możliwości równie wpływowego ich definiowania. Mówiąc słowami Irvinga Zoli, „współcześnie wartość jakiegokolwiek stwierdzenia normatywnego zostaje wzmocniona – jeśli nie usprawiedliwiona – gdy jest ono sformułowane za pośrednictwem idiomu medycznego”<sup>21</sup>.

## Medycyna nadzorująca

Pionierskie prace Illicha i Szasza, podobnie jak powstałe mniej więcej w tym samym czasie analizy Foucaulta, wskazują na powstanie w drugiej połowie XX wieku zupełnie nowego rodzaju medycyny, określanej neutralnie mianem społecznej, a bardziej krytycznie mianem

<sup>21</sup> Zola I.K., **Medicine as an Institution of Social Control**, [w:] Scambler G. (red.), **Medical Sociology. Major Themes in Health and Social Welfare**, t. 1, London and New York 2005, s. 191.

nadzorującej<sup>22</sup>. Jej specyfikę widać wyraźnie, gdy spojrzymy na nią z perspektywy starszych modeli i związanych z nimi funkcji – medycyny hipokratejskiej i szpitalnej<sup>23</sup>.

W wypadku tradycyjnej praktyki hipokratejskiej „przy łóżku chorego” symptom był zasadniczo zgodny ze zindywidualizowaną chorobą, a przestrzenią działań lekarza była sfera prywatna. W XVIII- i XIX-wiecznej medycynie szpitalnej symptom nie jest już równoznaczny z chorobą, która wraz z narodzinami anatomopatologii – opisanymi przez Foucaulta w Narodzinach kliniki – zyskuje własną, trójwymiarową przestrzeń umieszczoną w sferze publicznej szpitala. Dla medycyny nadzoru natomiast punktem odniesienia nie jest ani jednostka, ani organ, ani mikroskopijna patologia, lecz populacja, której standardy stają się standardami medycznej normy. Kategorie medyczne nie są już obiektywizowane w laboratorium czy klinice, lecz wykraczają poza nie na teren życia społecznego. Przestrzeń jednostkowego ciała i przestrzeń szpitala zostaje zastąpiona przestrzenią ciała społecznego, włączając w nie środowisko naturalne, przekonania grupowe czy obszar mikroświata.

O ile w medycynie szpitalnej czy klinicznej granica pomiędzy zdrowiem a chorobą była jeszcze wyraźna, o tyle w medycynie nadzorującej mamy do czynienia, z wszechobecnością choroby, a mówiąc precyzyjniej, z ciągłością pomiędzy nimi. Zdrowie i choroba są w zasadzie tym samym o tyle, o ile wszyscy jesteśmy zdrowi, chorzy zaś o tyle, o ile wciąż możemy stać się zdrowi. Wyraźny staje się tym samym związek medycyny nadzorującej z horyzontem nowoczesności, który oddala się tym

szybciej, im szybciej się do niego zbliżamy. Bezustanna promocja zdrowia staje się jedną z podstawowych strategii państwa i innych zaangażowanych podmiotów, internalizowaną przez społeczeństwo mające obsesję na punkcie rozmaitych czynników chorobotwórczych oraz prozdrowotnych.

Podczas gdy w medycynie szpitalnej każda choroba stanowi niejako punkt dojścia, to w medycynie nadzorującej każda choroba jest punktem wyjścia dla kolejnej choroby – jej czynnikiem ryzyka. Do tych czynników ryzyka zalicza się w zasadzie wszystko to, co ludzie robią ze swoim ciałem, jedzą, wdychają, gdzie pracują, jak i gdzie się poruszają. Każda z ludzkich aktywności może być tym samym ujęta jak „zwiększająca” bądź „zmniejszająca” ryzyko zapadnięcia na daną chorobę. Prym zaczynają wieść choroby przewlekłe, których wzrost występowania można prześledzić, przeglądając raporty WHO. To właśnie w wypadku tych chorób, w szczególności chorób układu krwionośnego, temporalne zorientowanie ku przyszłości staje się wyraźnie widoczne. Horyzont możliwości przyszłego zdrowia jest jednocześnie horyzontem choroby, a łańcuch czynników ryzyka staje się w zasadzie nieskończony. Każdy symptom i każda choroba wskazują teraz na coś poza nimi samymi, stanowią czynnik ryzyka dla kolejnej choroby bądź czynnik hamujący jej potencjalny rozwój. Problemem jest nie tyle rozprzestrzenianie się medycznej jurysdykcji na nowe obszary i kreowanie nowych chorób, ile powszechna wiara w to, że samo życie jest groźne dla zdrowia.

Zmierzając do podsumowania tego szkicu, zauważmy po pierwsze, że medykalizacja – także w wąskim znaczeniu poszerzania się definicji chorób – nie jest procesem linearnym, kierunkowym i polegającym po prostu

<sup>22</sup> Armstrong D., *The Rise of Surveillance Medicine*, [w:] *Medical Sociology*, op. cit., s. 234–244.

<sup>23</sup> Bynum W., *The History of Medicine, A Very Short Introduction*, Oxford 2008.

na wroście czy akumulacji. Mamy przecież do czynienia z jednoczesnym procesem demedykalizacji. Powszechnie znanym przykładem tej ostatniej jest homoseksualizm, który na Zachodzie „przesłał” być chorobą w latach 70. ubiegłego wieku, albo onanizm mężczyzn i oziębłość kobiet, które zaprzestano leczyć znacznie wcześniej. Innym przykładem, interesującym ze względu na jego pokrętne losy, są uzależnienia, w szczególności „twarde” uzależnienie od opiatów. Historię tych ostatnich wnikliwie opisuje Conrad, pokazując, w jaki sposób przeszły drogę od powszechnie dostępnych środków medycznych i rekreacyjnych, przez kryminalizację, związaną w USA między innymi z uprzedzeniami rasowymi wobec Chińczyków, ponowną medykalizacją związaną ze stosowaniem heroiny do leczenia uzależnień, następnie przez demedykalizację i ponowną kryminalizację, aż po dzisiejszą konceptualną hybrydę, gdzie zażywanie opiatów może być zarówno grzechem, procedurą medyczną, czynem karalnym, jak i chorobą<sup>24</sup>.

Po drugie, czynniki sprzyjające medykacji nie są homogeniczne i choć pojęcie medykacji stosuje się raczej w odniesieniu do medycyny nadzorującej, to nie należy wykluczać społecznego zapotrzebowania i indywidualnych oczekiwań dotyczących tego rodzaju kontroli. Nie ma wątpliwości co do tego, że medykacja nie jest wyłącznie procesem ogólnym, którego podmiotem są wielkie grupy interesów, usługodawcze korporacje medyczne i farmaceutyczne czy stowarzyszenia lekarskie. Jest ona często wynikiem oddolnych działań społecznych zorganizowanych grup nacisku. Na przykład medykację uzależnień można wiązać z ruchem anonimowych alkoholików i narkomanów, medykację niepełnosprawności z ruchem kom-

batantów I wojny światowej, medykalizacją zespołu stresu pourazowego z działalnością weteranów wojny w Wietnamie, a zaburzeń menstruacyjnych, menopauzalnych i bezpłodności z ruchami kobiecymi.

Po trzecie wreszcie, medykacja nie jest zjawiskiem *per se* negatywnym. Jej wartościowanie zależy, rzecz jasna, od punktu widzenia i będzie zupełnie inne w środowiskach medycznych. Z tego względu nie powinniśmy się dziwić, gdy w literaturze medycznej bądź rozmowie z naszym lekarzem napotkamy treść omawianego wyżej pojęcia medykacji w przebraniu słowa „postęp”.

Artykuł powstał przy wsparciu finansowym Narodowego Centrum Nauki, projekt nr 2011/01/D/HS1/04262.

<sup>24</sup> Conrad P., Schneider J.W., op. cit., s. 110–144.